

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o 361

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

Armand MOREAU

Contribution à l'Etude

DU

HOQUET HYSTÉRIQUE

Président : M. POTAIN, professeur

*Juges : MM. { STRAUS, professeur
A. ROBIN, CHAUFFARD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

361

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

Armand MOREAU

Contribution à l'Etude
DU
HOQUET HYSTÉRIQUE

Président : M. POTAIN, professeur

*Juges : MM. { STRAUS, professeur
 { A. ROBIN, CHAUFFARD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	DOYEN..... M.	BROUARDEL.
	PROFESSEURS.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		N.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
		(G.) SEE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
		LEFORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voix urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTERRER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES GRAND'TANTES

A MON COUSIN LE DOCTEUR EMILE BOURIAU

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin de l'hôpital de la Charité

Membre de l'académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BEURMANN

Médecin de Lourcine

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HOPITAUX DE NANTES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

Dans l'état actuel de la science, il ne faut plus s'habituer à considérer l'hystérie toujours escortée de ses grands symptômes. L'envisager de la sorte serait s'exposer à la rencontrer peu souvent et à commettre de fréquentes erreurs de diagnostic.

Monsieur le professeur Charcot, dans ses leçons et à chaque fois qu'il en trouve l'occasion, ne cesse d'insister sur ce fait, à savoir : que la grande névrose se montre le plus souvent à nous par un seul signe que le clinicien doit connaître afin de le rapporter à sa véritable origine. Nous voulons parler de ces symptômes isolés, limités à un appareil, à une fonction que Lasègue qualifiait, il y a quelque dix ans, de phénomènes d'hystérie locale.

Sous la dénomination assez pittoresque et certainement très pratique d'hystérie locale, local hysteria, dit M. Charcot, les médecins anglais ont l'habitude de désigner la plupart des accidents qui persistent d'une manière permanente dans l'intervalle des attaques convulsives chez les hystériques, et qui permettent presque toujours, en raison des caractères qu'offrent ces accidents, de reconnaître la grande névrose pour ce qu'elle est, même en l'absence de convulsions.

Parmi les phénomènes morbides auxquels l'hystérie donne naissance, nous devons mentionner le clou hystérique, les arthralgies souvent observées par Brodie, les

paralysies, etc., et, enfin, le groupe de spasmes respiratoires simples que Pitres divise en spasmes expiratoires : toux et renaclements hystériques ; et en spasmes inspiratoires : reniflement et hoquet hystériques.

Nous allons tracer brièvement l'histoire de ce dernier phénomène et nous insisterons sur ce fait que le hoquet hystérique existe bien comme signe précurseur de la grande névrose, en l'absence de tous les autres symptômes, et qu'il s'observe dans les deux sexes.

Mais, avant de commencer, qu'il nous soit permis d'offrir tous nos remerciements à notre maître, M. de Beurmann, médecin de Lourcine, qui nous a fourni l'idée de ce travail et qui nous a donné avec une extrême bienveillance tous les conseils dont nous avons eu besoin.

Nous remercions également nos excellents amis, MM. Brindeau et Mirailhé internes des Hôpitaux, pour le zèle avec lequel ils nous ont secondé dans le cours de notre travail.

Que M. le professeur Potain veuille bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux et nos remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Historique

La littérature médicale ancienne ne dit mot du hoquet hystérique, quoique l'hystérie soit une des affections le plus anciennement décrites. Les livres d'Hippocrate, les ouvrages de Galien n'en font pas mention. Cette manifestation locale de l'hystérie avait complètement échappé à leurs observations.

Sydenham, le premier, signale le hoquet hystérique. Boerhaawe raconte l'épidémie fameuse de l'hôpital de Harlem. Hoffman, Haller, paraissent l'ignorer complètement.

Raulin, en 1758, dans son traité des affections vaporeuses du sexe, raconte qu'une jeune fille à l'Hôtel-Dieu est prise subitement d'un hoquet violent et continu au point que la malade ne peut trouver le moment de prendre quelques gorgées de bouillon pour se nourrir. L'auteur ajoute que trois jeunes filles couchées dans la même salle que la première, présentèrent les mêmes symptômes trois jours après l'entrée de cette malade. Après avoir eu le hoquet pendant un quart d'heure « elles étaient agitées « de convulsions si violentes qu'il fallait quatre hommes « pour en tenir une ; le hoquet et les convulsions survenaient à toutes quatre en même temps. »

Raulin, dans l'ignorance où il est du phénomène, met cela sur le compte de l'imagination. « Les hommes eux-mêmes, dit-il, ne sont pas exempts de ces effets de l'imagination. »

Si nous laissons de côté l'histoire ancienne et si nous parcourons les ouvrages d'hystérie, les archives de neuro-

pathologie du siècle, nous trouvons le hoquet hystérique signalé d'abord et plus tard analysé par tous les auteurs qui ont particulièrement étudié l'hystérie.

En 1846, Landouzy de Reims, dans son *Traité complet de l'hystérie*, cite une observation de Kennedy, d'une jeune personne de 13 ans dont les accidents nerveux débutèrent par une aura avec un, deux, trois spasmes de hoquet.

Brachet, en 1857, le signale dans son livre.

Dans son *Traité de l'hystérie*, en 1859, Briquet ne se contente plus de mentionner le hoquet hystérique, mais il en dessine les principaux caractères auxquels le clinicien pourra le reconnaître. L'auteur constate que c'est un phénomène ennuyeux, souvent gênant, se produisant chez les hystériques, et fréquemment chez les hystériques gastralgiques, lors des émotions, mais apparaissant souvent sans cause appréciable.

Si Briquet reconnaît les principaux caractères cliniques du hoquet hystérique, c'est à Lasèque que revient l'insigne honneur de l'avoir classé phénomène d'hystérie locale au même titre que le clou hystérique, les arthralgies, la toux si bien étudiée par lui. Avec ce maître, nous apprenons aussi que ce phénomène peut se montrer chez un sujet indépendamment de tout autre signe.

Ce n'est pas à dire toutefois qu'on y attache encore toute l'importance qu'il peut avoir pour éclairer la voie du diagnostic.

En effet, à l'époque où Lasèque attirait l'attention sur la toux hystérique, le hoquet était, de tous les phénomènes d'hystérie locale, sinon le moins connu, du moins le plus

rarement signalé. C'est à peine s'il en est fait mention dans les traités d'hystérie de l'époque ; tout au plus figure-t-il parmi les phénomènes secondaires qui se succèdent dans l'évolution de l'attaque, et c'est beaucoup si l'on ajoute, après l'avoir confondu dans cette énumération, que le hoquet peut survenir indépendamment des accès.

Huchard, en 1883, dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld, consacre quelques lignes aux troubles laryngés de l'hystérie et montre que les phénomènes de spasme et de paralysie peuvent atteindre non seulement le larynx, mais aussi les muscles respiratoires et le diaphragme.

Legrand du Saule, dans son ouvrage « *Les Hystériques* », ne fait que mentionner le phénomène.

Dans sa thèse, Lathould cite une observation de hoquet hystérique survenu après un traumatisme.

Briquet donne les principaux caractères du hoquet hystérique ; Lasèque le classe phénomène d'hystérie locale, mais c'est à Charcot que revient le mérite d'avoir mis de l'ordre dans ces faits de la grande névrose limités à un appareil, à une fonction. Avant lui, sous l'expression générique d'hystérie locale, tous les bruits laryngés inspiratoires et expiratoires étaient confondus.

Le professeur Charcot, dans sa leçon du 22 mars 1886, à la Salpêtrière, se basant sur le mécanisme qui préside à la production des bruits laryngés, range ces bruits sous deux chefs principaux : « Les uns sont expiratoires et faits sur le modèle de la toux, les autres sont inspiratoires et faits sur le modèle du hoquet. »

Dans cette clinique, le maître donne une définition du hoquet hystérique, le classe après Lasèque phénomène

d'hystérie locale et le met tête de file parmi les bruits laryngés inspiratoires. De plus, il avertit le clinicien qu'il peut se montrer sous les formes les plus bizarres et les plus variées, lui enseigne quels sont les caractères principaux sous lesquels il le reconnaîtra et termine par des considérations générales relatives à l'évolution, au pronostic, au traitement des bruits laryngés hystériques.

En 1891, dans ses leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, M. le professeur Pitres consacre un chapitre aux spasmes inspiratoires simples : hoquet et reniflement hystériques. Nous reproduirons plus loin, tout au long, l'observation qui se trouve dans son livre. Il serait difficile de rencontrer un cas plus net de hoquet hystérique et, dit l'auteur, je ne pense pas qu'il vienne à l'esprit de personne de contester la légitimité de ce diagnostic.

Définition

Le hoquet est une contraction spasmodique du diaphragme déterminant une brusque secousse de la paroi abdominale et thoracique et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte. Il consiste essentiellement, dit le professeur Charcot, en une contraction spasmodique du diaphragme suivi d'un bruit laryngé rauque.

Description. — Symptômes

Bien que le spasme inspiratoire que nous étudions soit susceptible de se montrer en clinique sous les aspects les plus divers et les plus variés ; il présente cependant certains caractères généraux qui lui donnent une physionomie à part et permettent d'en tracer une description assez régulière.

Le hoquet hystérique, en définitive, ne ressemble pas à tous les autres et c'est précisément ce que nous allons essayer de faire ressortir, en nous appuyant sur la description de Messieurs Charcot et Pitres, à laquelle nous ajouterons quelques données qui nous sont personnelles.

Nous donnerons plus loin les diverses observations qui nous ont servi à établir une histoire générale de la maladie.

Le hoquet hystérique débute parfois d'emblée, d'une façon soudaine et imprévue chez des malades qui ne présentent aucun des stigmates de la grande névrose et qui paraissent jouir d'une santé robuste. Nous n'en donnerons pour preuve que la malade qui fait le sujet de notre observation.

En effet, voici une femme qui entre à Lourcine tourmentée par un hoquet violent et continu qui l'empêche de prendre toute espèce de nourriture, lui supprime l'appétit et la plonge dans une fatigue extrême. Elle n'a pas de fièvre et l'auscultation ne révèle chez elle aucun signe de nature à faire supposer l'existence d'une lésion de ses organes.

D'autre part, elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs et par l'hérédité ne semble pas appartenir à la grande famille

neuropathologique. C'est en pleine santé, à la force de l'âge, au milieu de ses rudes labeurs que le mal vient la frapper de ses coups. Peut-être appartient-elle à ce genre d'hystériques dont parlent Messieurs Charcot et Pitres chez lesquelles les stigmates sensitivo-sensoriels sont réduits à leur plus simple expression? Peut-être allons nous trouver chez elle, sinon l'anesthésie complète de quelques régions du corps, du moins quelques zones d'hémi-anesthésie. Il n'en est rien. La sensibilité générale est normale, le reflux pharyngien existe, aucun autre stigmate hystérique que le hoquet dont elle souffre. Plus tard le cortège symptomatique qui accompagne l'hystérie viendra confirmer le diagnostic.

D'autres fois le hoquet hystérique frappe des malades qui présentent certains des caractères de la constitution hystérique. L'hystérie se manifeste chez eux soit par des attaques convulsives, ce qui est rare, soit plus simplement par de la suffocation, de légers spasmes, des pleurs et des rires sans motifs; tous ces différents symptômes disparaissent alors brusquement et le hoquet les remplace. Brachet rapporte avoir vu avec M. de Naquart un hoquet excessivement bruyant remplacer pendant plus de deux ans des crises hystériques auxquelles une dame était sujette.

Ainsi donc ce sont parfois les troubles nerveux de l'hystérie sous ses diverses formes qui constituent au premier abord le fond du tableau, puis à un moment donné nous voyons apparaître le phénomène dont nous traçons l'histoire, et les autres accidents semblent se taire et se calmer momentanément. Mais il faut bien savoir que le hoquet hystérique est souvent le phénomène précurseur

de la grande névrose qu'il a, ainsi que tous les phénomènes d'hystérie locale dit le professeur Charcot, une tendance remarquable à subsister à l'état d'isolement.

Dans certains cas, le spasme inspiratoire que nous étudions s'est montré après une suppression soit brusque, soit graduelle des règles. Elles sont les principales circonstances qui signalent le début des hoquets hystériques.

Dans sa forme la plus simple, le hoquet est bruyant, à timbre rauque et éclatant. Les efforts qu'il nécessite pour se produire affectent un rythme remarquable par sa monotonie, ils répondent toujours à l'inspiration. Ce rythme une fois établi ne subit aucune modification dans le cours de la maladie. Le hoquet hystérique se compose toujours d'un certain nombre d'efforts inspiratoires bruyants se succédant coup sur coup et suivis d'une longue pause expiratoire. Jamais il n'y a ni plus ni moins d'efforts inspiratoires successifs et toujours ce nombre limité d'efforts précède un temps de repos assez long correspondant à l'expiration.

Avec les caractères que nous venons d'énumérer le hoquet hystérique peut être continu et ne laisser au malade aucun moment de repos.

C'est ce qui nous a été donné d'observer chez notre malade de Lourcine qui pendant un mois est sous le coup d'un hoquet violent qui lui supprime le repos et l'empêche de prendre toute espèce de nourriture.

Le plus ordinairement le spasme que nous étudions procède par quintes séparées par des intervalles de repos. Le nombre des secousses de hoquet qui composent chaque

accès est très variable ; nous en avons compté jusqu'à 22 dans un seule quinte. La durée des accès est d'une minute à un quart d'heure, car ils sont rarement plus longs. Les accès se répètent avec plus ou moins de fréquence. On peut en observer 20, 30 40 dans les vingt-quatre heures.

Intermittents et inégaux, ils sont d'ordinaire très irréguliers dans leur retour. On les voit pourtant chez certains sujets affecter une régularité surprenante ; ils se montrent tous les jours aux mêmes heures, une ou plusieurs fois dans la journée, (observation de Weil).

Les intervalles de repos arrivent le plus souvent sans cause et dépendent quelquefois de la position que prend la malade ou d'une circonstance extérieure toujours la même ou agissant de la même manière (Lasèque).

Quoiqu'il en soit, les quintes reviennent régulièrement ou non, que la malade fasse intervenir la volonté la plus énergique ; elle ne peut maîtriser son mal. La volonté n'exerce aucun pouvoir sur l'arrêt ou la production du spasme.

Souvent nous avons conseillé ou demandé à nos sujets de s'efforcer de le réprimer et nous n'avons jamais vu leurs efforts suivis du résultat désiré.

Il faut dire aussi qu'au moment où l'accès unique d'abord devient continu, on peut voir les malades accélérer leur respiration et pratiquer de courtes et pénibles inspirations. Néanmoins l'ouïe pénètre les voies aériennes et suffisamment pour produire l'hématose et empêcher les menaces d'asphyxie. Malgré la fréquente répétition de ces bruits et leur intensité la malade, chose remarquable, ne souffre pas de dyspnée, ni de suffocation, elle

en est quitte pour un peu de fatigue (Charcot). Chez notre malade comme chez celle de Weill, c'est en vain qu'on cherche les plus légers stigmates hystériques. Pas de crises convulsives, pas de diminution de la sensibilité, champ visuel normal. Nous sommes donc bien en présence d'un phénomène purement local.

Mais la plupart des malades qui sont en proie aux hoquet hystériques, quelle que soit la durée et l'intensité de ces accès voient leur mal disparaître la nuit, pendant le sommeil. Ces intervalles de repos réparent les fatigues de la journée. Notre malade de Lourcine fait exception à la règle.

Cette action suspensive du sommeil n'en a pas moins une grande valeur pour le diagnostic. Elle n'appartient pas seulement en propre au hoquet, on la trouve encore dans les autres localisations hystériques.

Ce pouvoir momentanément médicateur du sommeil a été également mentionné pour la toux et les névralgies de nature hystérique, les arthralgies ne font plus souffrir les malades qui sont dans le sommeil.

Le hoquet hystérique est habituellement d'une désespérante tenacité et résiste le plus souvent à l'action des médicaments. Comme tous les spasmes rythmiques en général, loin de disparaître rapidement, il se fixe dans un organisme, M. Charcot le répète mainte fois dans ses leçons du mardi pour tous les cas de ce genre et en particulier dans sa leçon n° 1 (1888-89 p. 7) où à propos de baillement chez une jeune fille de 17 ans il dit :

« A tout prendre les phénomènes d'hystérie convulsive vulgaire, régulière, sont bien moins tenaces, moins

inaccessibles que ne le sont par leur monotonie désespérante la toux, le hoquet, l'aboiement hystérique et aussi le baillement. Il y aurait avantage, si faire se pouvait, ainsi que l'a bien démontré M. le professeur Pitres, à favoriser le développement des attaques dans l'espoir de changer le cours des choses et de rendre la maladie dans son ensemble plus accessible aux moyens thérapeutiques. »

Il faut ajouter encore que sans être le siège de troubles, les facultés intellectuelles des malades subissent au moins une diminution d'activité. Ainsi Honorine C..., Henriette F..., sont au moment de leurs crises dans un état de lassitude et d'apathie très prononcé. Rarement, en effet, elles tiennent conversation, elles cherchent plutôt la solitude et si on leur parle leurs réponses se résument en des monosyllabes. Après la crise, elles n'aspirent qu'au repos et ne reprennent leur état normal qu'après un temps plus ou moins long. En dehors des crises l'intelligence est nette.

Etiologie du hoquet hystérique

Le hoquet hystérique est du domaine de l'âge mûr comme de la jeunesse, mais il porte moins ses coups à cette époque de la vie qu'à tout autre, et l'on peut jusqu'à plus ample informé considérer comme rares les manifestations se produisant après la quarantaine.

S'il a une prédilection spéciale pour le jeune âge et en particulier pour les jeunes filles, il n'est pas moins exact dit le professeur Charcot qu'on le voit chez les jeunes garçons. Notre observation est assez démonstrative par elle-même pour que nous y insistions davantage.

Chez nos malades, l'hérédité paraît avoir joué un rôle important, non pas que l'on trouve dans leurs ascendants des phénomènes absolument identiques, mais diverses affections nerveuses parfaitement caractérisées. Avec l'hérédité qui jouait le rôle prépondérant de cause prédisposante il a fallu une cause occasionnelle pour faire surgir le hoquet hystérique chez nos malades. Pour la première, c'est la peur d'être écrasée dans la rue, pour la deuxième c'est la reprimande de son père, pour la troisième, c'est un chagrin d'amour, en somme des émotions.

La plupart des auteurs sont d'avis que les troubles de la menstruation ont aussi une grande influence sur la production du phénomène.

Le hoquet hystérique peut encore se développer à la suite de traumatismes. Dans sa thèse, Lathould dit avoir vu se produire un hoquet persistant chez une jeune fille du service de M. Polaillon après l'ablation d'une exostose sous unguéale. De même M. Avezou cite dans sa thèse

l'observation d'un blessé chez lequel il suffisait de toucher la pulpe du doigt pour produire le hoquet.

Nous rattacherons enfin à cet ordre de causes le hoquet hystérique lui-même qui est le résultat d'une sorte d'imitation. La faculté d'imiter est inherente à la constitution hystérique.

C'est ce qui faisait dire à Briquet :

« Les hystériques possèdent au plus haut degré la faculté
« d'imiter, il suffit que l'une d'elles ait vu une fois un
« geste, aperçu un acte qui l'aura frappée pour qu'invo-
« lontairement elle l'imité ; aussi en raison de cette faculté
« d'imitation, elles exercent beaucoup d'influence les unes
« sur les autres. »

Qu'il me suffise de rappeler ici l'exemple fameux de Sauvage. Trois jeunes filles furent prises d'accès de hoquet, trois jours après la venue d'une autre jeune fille dont le hoquet était incessant.

Et puis, on n'a pas oublié l'épidémie de hoquet de l'hôpital de Harlem que Boerhaawe avait observée.

Diagnostic différentiel

D'après ce que nous venons de voir, le hoquet hystérique présente en général des caractères très tranchés. Nous savons que c'est un syndrome convulsif rythmique qui appartient surtout à l'hystérie infantile, qui frappe particulièrement les adolescents de l'un et l'autre sexe prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires ou personnels et présentant ordinairement quelques légers stigmates hystériques. Nous venons d'apprendre encore qu'il se développe en général brusquement sans cause apparente, qu'il affecte une ténacité remarquable pour l'organisme et qu'il disparaît généralement pendant le sommeil.

Si évidemment, le phénomène que nous étudions s'accompagnait toujours des stigmates hystériques, l'erreur serait impossible à faire. Mais il arrive parfois qu'il se présente en clinique indépendamment de tout signe d'hystérie quelque minime qu'il soit, dépouillé des principaux caractères auxquels on peut le connaître. C'est alors qu'il est important de savoir le distinguer des hoquets qui se présentent dans les divers cas pathologiques.

Il est, en effet, une infinité d'états pathologiques dans lesquels on peut voir survenir le hoquet, qu'il s'agisse d'affections générales de l'organisme ou bien d'affections locales.

Etudions d'abord les divers cas de hoquet qui peuvent se produire dans les voies digestives.

Qu'il me suffise de signaler avec Van Swieten le hoquet consécutif aux affections aphteuses. Le caractère particu-

lier de cette maladie ne permettra pas une erreur de diagnostic.

Certaines affections de l'œsophage et en particulier le rétrécissement œsophagien ont pu, dans certains cas, déterminer l'apparition du spasme. Il s'agit là évidemment d'un obstacle mécanique dont le point de départ est dans l'œsophage et qui, par contiguïté retentit sur le larynx ; d'où la production du hoquet. Comme tout rétrécissement œsophagien celui-ci sera reconnu aux signes fonctionnels dysphagie, regurgitation et aux signes physiques qui pourraient permettre l'exploration par les dilateurs. Du reste les commémoratifs confirmeront les signes précédents et permettront de reconnaître la présence antérieure d'une affection pouvant donner lieu au rétrécissement, syphilis, cancer, etc.

Mais bien plus fréquents encore sont les hoquets dits gastriques. Et d'abord, il peut se produire au cours même de la digestion et en dehors de tout état pathologique, des hoquets ayant pour point de départ l'estomac.

Hippocrate avait signalé depuis longtemps la production de ce phénomène réflexe à la suite de l'ingestion de liquide spiritueux dans un estomac à jeun. Il suffira d'être prévenu de ce fait pour savoir le rapporter à sa véritable cause. Dans d'autres cas, c'est au moment même de la digestion qu'a lieu le hoquet, qu'il s'agisse d'un excès d'aliments ou de liquides ingérés.

Les conditions spéciales qui accompagnent le hoquet gastrique, sont trop évidentes par elles-mêmes pour permettre une erreur de diagnostic. A ce propos, puisque nous parlons de hoquet survenant à la suite du repas, il

nous semble logique d'y rattacher celui qui caractérise l'alcoolisme aigu. Cette affection a des caractères assez nets et assez significatifs par eux-mêmes, pour entraîner la conviction du clinicien.

• Passons maintenant aux états gastriques pathologiques qui s'accompagnent du spasme que nous décrivons. Et d'abord, devons-nous ranger en première ligne un groupe morbide extrêmement complexe et mal défini qu'on englobe sous le nom de dyspepsies. Il nous faudrait évidemment, pour être complet, envisager une à une les diverses causes de dyspepsies, puisque toute dyspepsie peut s'accompagner de hoquet. Mais, ce phénomène réflexe se produit surtout dans ces cas de dyspepsie que les pathologistes contemporains appellent dyspepsie par hypochlorhydrie. Dans ces affections, il existe en général en même temps qu'une dilatation de l'estomac plus ou moins prononcée, une fermentation des liquides contenus dans la cavité stomacale et une quantité assez abondante de gaz. C'est dans ces cas surtout que se produit le hoquet. Les caractères que l'on attribue aujourd'hui aux dyspepsies, caractères basés surtout sur les recherches chimiques du suc gastrique seront d'un puissant secours pour asseoir le diagnostic, sans parler, bien entendu, des signes fonctionnels spéciaux à ces affections.

Du reste, il faut bien remarquer aussi, et c'est un point que le clinicien ne saurait trop avoir présent à l'esprit, à savoir : que ces dyspepsies stomacales sont non seulement sous la dépendance des lésions de la muqueuse et des glandes gastriques, mais qu'elles sont souvent secondaires,

soit aux lésions de l'estomac, cancer, ulcère, soit au phénomène étudié par M. Bouchard, la dilatation primitive.

On a cité encore comme pouvant donner lieu à du hoquet un certain nombre d'affections agissant sur l'estomac par compression mécanique, comme l'ascite et toutes les tumeurs de la cavité abdominale. Il suffit d'être prévenu de ces diverses causes pour y rattacher la production du hoquet.

Les lésions intestinales qui s'accompagnent du spasme, sont surtout celles qui résultent d'une obstruction intestinale quelle qu'en soit sa nature. Donc les phénomènes particuliers à ces obstructions rendront compte évidemment du fait que nous étudions en ce moment.

Nous rattachons à ces lésions de l'intestin ce que l'on désigne sous le nom d'engouement et d'étranglement herniaire, mais il semble que cette catégorie de hoquets a mieux sa place dans ce qu'on a appelé le hoquet péritonéal. Ce phénomène s'accompagne d'un ensemble clinique et symptomatique qui ne peut donner lieu à la moindre méprise. Le facies péritonéal est assez significatif par lui-même pour empêcher toute erreur.

Parmi les organes génitaux ordaire urinaires c'est l'utérus qui, le plus volontiers, donne lieu à la production de hoquet ; aussi a-t-on pu décrire auprès du hoquet gastrique et du hoquet péritonéal, un hoquet utérin. On sait depuis longtemps que l'utérus gravide s'accompagne fréquemment du spasme. L'évolution physiologique de la grossesse rendrait compte de ce phénomène. Mais ces conditions physiologiques de l'utérus ne sont pas les seules qui déterminent le hoquet. Il est vrai que dans le cours

de la grossesse, il peut se produire en même temps que des vomissements incoercibles un hoquet plus ou moins prononcé. Or, on ne sait pas encore aujourd'hui si ces vomissements incoercibles de la grossesse sont dus à une lésion de l'utérus ou à un simple trouble dynamique. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de sa pathogenie, ce qu'il nous importe ici de bien établir, c'est que le hoquet peut accompagner les vomissements incoercibles. Dans ce cas, alors, le diagnostic de la cause du hoquet se fera d'après l'ensemble symptomatique qui caractérise ces vomissements eux-mêmes.

Les lésions matérielles de l'utérus semblent, dans certains cas, devoir être incriminées dans la production du spasme. Citons les inflammations de la muqueuse de cet organe comme aussi les différentes tumeurs dont il peut être le siège.

Si maintenant nous examinons la vessie, il nous semble que des lésions matérielles de cet organe ne sont pas indispensables pour donner lieu à ce phénomène reflexe. On connaît, en effet, ce que les Anglais appellent irritabile vésical et ce que nous traduisons en français par le mot cystalgie. Les signes fonctionnels spéciaux qui, dans ces cas, président à la sécrétion urinaire, feraient reconnaître la cause même du hoquet. Quand aux affections vésicales qui s'accompagnent de ce singulier phénomène, nous devons citer surtout celles qui suivent ou accompagnent l'incontinence de la rétention d'urine chez les vieux prostatiques. Puisque nous sommes sur le chapitre du réservoir urinaire, nous devrions citer ici le hoquet qui se voit dans

ce que l'école de Necker a appelé la fièvre uroseptique. Nous aborderons ce sujet quand nous parlerons des intoxications.

Parmi les troubles de l'appareil respiratoire qui donnent naissance au hoquet, bornons-nous à signaler que pour mémoire seulement, le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, la coqueluche, l'adénopathie trachéo-bronchique, la pneumonie. Toutes ces affections s'accompagnent de symptômes tellement nets que le clinicien ne peut se laisser induire en erreur.

Dans la pleurésie diaphragmatique le hoquet est fréquent et pas toujours facile à distinguer, car cette affection ne se présente pas toujours avec des signes qui permettent de la reconnaître aisément. Le clinicien devra y songer pour savoir rapporter le spasme à sa véritable origine.

Dans l'appareil circulatoire, les maladies qui donnent le plus souvent lieu au hoquet sont la péricardite et l'anévrisme de l'aorte, mais leur symptomatologie parle assez d'elle-même pour ne pas permettre une erreur de diagnostic.

En faisant l'étude du hoquet hystérique, nous étudions évidemment une affection nerveuse, mais ce n'est pas la seule dans laquelle se manifeste le hoquet. C'est une névrose que l'hystérie, mais c'est aussi la seule parmi les névroses qui semble donner lieu à la production du phénomène.

Nous n'en dirons pas autant de l'axe cérébro-spinal que nous allons maintenant passer en revue.

Les méningites s'accompagnent fréquemment de hoquet, qu'il s'agisse de la méningite tuberculeuse ou de quel-

qu'autre affection des méninges, quelle qu'en soit sa nature. Dans ce cas encore, le clinicien ne peut se laisser tromper sur l'origine du mal.

Quant aux affections de l'encéphale, le médecin n'a guère à compter avec elles d'une façon générale pour expliquer le hoquet. Toutefois celui-ci peut se produire dans certaines maladies du bulbe et de la protubérance. Ici encore l'évolution clinique des affections bulbo-protubérantielles ne permettent pas la moindre hésitation quand il s'agit d'en reconnaître la nature.

Aucune maladie de la moelle n'a jusqu'ici été signalée comme pouvant donner lieu à ce phénomène reflexe.

Telles sont les diverses affections locales dans lesquelles peut survenir à un moment donné le hoquet.

Si maintenant nous cherchons parmi les maladies générales celles dans le cours desquelles apparaît plus spécialement le phénomène, nous mettrons en tête de ligne les intoxications. Nous avons déjà d'ailleurs eu l'occasion de faire pressentir l'influence de ces grands processus morbides dans la genèse du phénomène reflexe que nous avons nommé hoquet. C'est ici, en effet, le moment de rappeler ce que nous avons dit du hoquet dans l'intoxication éthylique. Nous avons déjà fait remarquer et, c'est d'ailleurs un fait d'observation vulgaire, que l'alcoolisme aigu s'accompagne presque toujours de hoquet. Dans de telles conditions le diagnostic s'impose. Il n'en est pas ainsi dans l'intoxication alcoolique chronique. C'est que, là, en effet il faut compter avec les lésions de la muqueuse gastrique, qui comme l'a démontré M. Lancereaux est l'apanage des alcooliques ; les symptômes qui sont les manifestations de

ces lésions de la muqueuse gastrique les stigmates de l'alcoolisme sont une preuve irréfragable que le hoquet est la résultante de ce processus morbide.

L'analogie du hoquet urémique est grande avec celui de l'intoxication éthylique dont nous venons de parler. Le cortège symptomatique au milieu duquel se développe l'urémie ne permettra pas la moindre hésitation lorsqu'il s'agira de rapporter le hoquet à sa véritable origine.

L'intoxication uro-septique ou fièvre urineuse de Guyon s'accompagne aussi fréquemment du phénomène réflexe. Le clinicien n'aura pas de peine à reconnaître la nature de ce dernier aux signes généraux fébriles qui accompagnent la fièvre uro-septique ; aux signes physiques et fonctionnels qui font également partie de son cortège et qui se traduisent par les altérations qualitatives et quantitatives de l'urine, souvent l'hypertrophie de la prostate et des troubles dyspeptiques d'intensité variable.

Signalons en terminant que le hoquet peut se montrer dans la plupart des maladies infectieuses aiguës.

En somme on peut dire qu'aucun des hoquets dont nous venons de parler ne présente les caractères de celui qui frappe l'hystérique. Le hoquet, en effet, nous tenons à le répéter, peut se manifester en clinique sous divers aspects différents : ou il se produit chez un malade qui présente des stigmates hystériques et alors le diagnostic s'impose, ou bien c'est la seule manifestation de la grande névrose. Mais même dans ce cas, il a des caractères qui lui sont particuliers, caractères tirés de la nature même du hoquet, caractères tirés encore de l'état général du sujet qui ne dénote ni trouble local, ni trouble général de l'organisme.

Marche. — Durée. — Terminaison.

La marche du hoquet hystérique est essentiellement chronique et nous ne trouvons dans la science aucun fait de hoquet à marche aigüe.

Comme toutes les affections qui sont sous la dépendance du système nerveux, sa durée est très variable. Pierquin (journal le Progrès tome XVIII p. 208) cite une observation de hoquet qui dura quatre années et se reproduisait après chaque repas. C'est en tout cas une affection très tenace, très rebelle aux moyens les plus rationnels employés contre elle.

Dans le plus grand nombre des cas, on le voit cesser brusquement d'une façon soudaine et inattendue.

Pronostic

Le hoquet hystérique est une maladie peu grave. On pourrait croire au premier abord, qu'il va entraîner un dépérissement de l'organisme par privation de repos. Il n'en est rien. Les personnes qu'il frappe de ses coups résistent d'une manière extrêmement remarquable, et une fois les accidents calmés, elles reprennent leur force et leur vigueur d'autrefois. Tout le monde connaît cette force de résistance toute spéciale qui caractérise l'hystérique.

Aussi le clinicien doit-il être sans inquiétude sur le sort des victimes du hoquet hystérique. On sait par expérience qu'il s'attache à l'organisme avec une ténacité surprenante, que la terminaison pourra être lente mais qu'elle sera certainement heureuse.

Traitement

Le hoquet hystérique étant, avons nous dit une affection de longue durée; on comprendra combien ont été variés les agents thérapeutiques dirigés contre lui.

Briquet recommande dans son livre l'ingestion d'eau froide, la glace, les eaux acidulées, gazeuses, le petit lait, la compression de la région épigastrique, les sinapismes, les vésicatoires, les immersions d'eau froide. La multiplicité de ces traitements montre assez le peu d'efficacité de la thérapeutique pour combattre le mal.

Nous ne nous occuperons point ici des nombreux agents qui ont été employés inutilement contre cet accident hystérique. Bornons-nous seulement à mentionner ceux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats.

Tous les agents thérapeutiques employés généralement au début de la maladie sont sans succès. C'est tout au plus, si, en comprimant le phrénique, on parvient à faire diminuer la longueur et l'intensité des accès. Dans le cours d'une attaque d'hystérie, on a pu par des moyens spéciaux sinon arrêter complètement le hoquet du moins en atténuer considérablement la violence.

Rostan cite le cas d'une dame qui sujette à des attaques d'hystérie exprimait un soulagement remarquable lorsqu'on lui comprimait l'épigastre. Il est des cas où l'on obtient de bons effets des aiguilles à acupuncture pour guérir un hoquet d'origine manifestement hystérique.

Gamberini (*Gazette médicale de Paris* 1838) rapporte le fait d'une jeune fille de 18 ans, qui, après avoir présenté des phénomènes hystériques fut affligée d'un hoquet vio-

lent. Traitée à l'hôpital de Bologne, elle n'avait obtenu aucun résultat de l'emploi des révulsifs et des anti-spasmodiques, lorsqu'elle vit ses accès diminués par l'emploi de l'acupuncture à l'épigastre.

A l'heure actuelle les moyens en apparence les plus rationnels et recommandés par l'école de la Salpêtrière, dirigés contre le hoquet hystérique sont : l'opium, le bromure de potassium, l'extrait de belladone, le lavage de l'estomac, l'hydrothérapie, l'électrisation statique et la faradisation à l'épigastre.

OBSERVATION I (INÉDITE)

Recueillie dans le service de M. de Beurmann

Honorine C... domestique, âgée de 28 ans, est entrée à Lourcine dans le service de M. Beurmann, le 4 janvier, salle C. lit n° 10, pour un hoquet persistant et incoercible de nature hystérique.

Ses antécédents héréditaires nous apprennent que son père est mort d'une pneumonie, que sa mère est paralysée depuis 4 ans et très nerveuse.

La malade, d'intelligence médiocre, s'est toujours bien portée. Cependant les digestions ont été longtemps pénibles et s'accompagnaient de gastralgie.

Jamais elle n'a eue d'attaques de nerfs.

Il y a un mois, frayeur dans la rue, occasionnée par une voiture qui manque de l'écraser.

Elle ne fait ni chute, ni perte de connaissance.

En rentrant chez elle, la malade est prise d'un hoquet persistant qui l'empêche de manger, lui supprime l'appétit. Le peu de nourriture qu'elle prend lui donne des nausées. Il n'y a pas de dysphagie.

Fatiguée de souffrir de ce hoquet, Honorine se décide à entrer à l'hôpital.

A l'heure actuelle, la malade se présente à nous dans le decubitus dorsal, sa mine est mauvaise, figure pâle, lèvres un peu cyanosées, langue normale mais un peu tremblottante. Elle est secouée par un hoquet continu dont la fréquence est de deux par seconde. Ce hoquet est douloureux, il dure nuit et jour même quand la malade sommeille.

Il devient moins fréquent et même peut s'arrêter quand on

fait causer la malade. Par la compression du phrénique on ne peut l'arrêter.

La sensibilité générale est normale, le reflexe pharyngien existe, le goût est conservé.

Ses jambes sont enflées jusqu'au genou depuis une quinzaine de jours. A l'extrémité inférieure de la jambe droite existe deux déformations causées par une hypertrophie du tibia en ce point. Depuis peu de temps, il s'est fait une ulcération à ce niveau. Ses jambes sont le siège de nombreuses varices superficielles.

Depuis son entrée à Lourcine, la malade est atteinte de rétention complète d'urine. On est obligé de la sonder deux fois par jour. Il n'y a pas d'incontinence. Ses urines sont peu abondantes, très colorées et ne contiennent pas d'albumine.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne montrent rien d'anormal. Les bruits du cœur sont également normaux.

Pendant un mois que dura en permanence le hoquet, on dut alimenter la malade à l'aide de lavements de peptone. On fit la compression du phrénique; on employa les pulvérisations d'éther et les cautérisations ponctuées sur la région épigastrique, le chlorure de méthyle, l'électrisation, l'oxygène, le lavage de l'estomac. Le hoquet persiste en dépit de toutes ces tentatives dirigées contre lui.

Le 2 février, sans aucune cause, le hoquet s'arrête brusquement, à une heure du soir.

La rétention d'urine existe toujours et l'appétit est nul.

Le 3 février, le hoquet n'est pas revenu, mais la malade est prise d'un appétit vorace et on est obligé de la retenir. Dans la journée du 4, elle a deux ou trois accès de hoquet et on administre à la patiente des douches froides.

Le 7 février, l'état resté le même, la malade mange peu mais

paraît avoir de l'appétit. Les solides seuls sont gardés tandis que les liquides qu'elle prend sont expulsés de son estomac.

Le 10 février, en se réveillant, la malade présente un œdème intense de la face. Cet œdème ne dure que quelques heures, le hoquet est très rare et les digestions sont toujours pénibles. La patiente se lève un peu dans la journée et le hoquet est complètement supprimé. L'œdème de la face existe presque tous les matins, celui des jambes est dû à des varices.

L'amélioration se continue rapidement, la malade s'occupe volontiers à aider les infirmières. Dès qu'elle prend un siège pour s'asseoir et qu'on la laisse tranquille elle dort, et cela plusieurs fois par jour. Depuis le 4 février les douches sont continuées au grand contentement de la malade qui les trouve agréables.

Elle reste un mois ne présentant que quelques alternatives de hoquet qui ne durent que quelques heures.

Examinée à ce moment elle montre des stigmates hystériques que nous ne trouvions pas chez elle à son entrée à l'hôpital.

Légère hémianesthésie de la partie postérieure du membre supérieur droit, réflexe pharyngien aboli. Les perceptions des sens sont normales ; toutefois l'exploration campimétrique des yeux révèle un rétrécissement concentrique des deux champs visuels pour le blanc. Il n'y a pas de dyschromatopsie, pas d'inversion dans le rétrécissement du violet et du vert. Le sens musculaire est conservé. De plus la malade est atteinte d'un tympanisme très accentué qui donne à son abdomen le volume d'une grossesse de huit mois. Le tympanisme varie suivant les jours et le ventre est plus ou moins dur.

La malade n'a pas de crises convulsives et n'est pas hypnotisable.

OBSERVATION II (INÉDITE)

Recueillie dans le service de M. le docteur Proust

Henriette F..., âgée de 15 ans, couturière, entre le 16 mars 1892, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Magdeleine, lit n° 15.

Antécédents héréditaires. Son père âgé de 56 ans, est emporté, colère ; sa mère est nerveuse. Elle a une sœur mariée qui est également très nerveuse, a perdu deux frères morts en nourrice.

Antécédents personnels. Rougeole à 4 ans, jaunisse à 8 ans. Dans son enfance, elle était d'un caractère doux, sensible, craintif et d'une émotivité peu commune.

Les moindres réprimandes la mettaient en émoi ; les plus légers reproches lui arrachaient des sanglots ; un bruit imprévu la faisait tressaillir et la rendait toute tremblante. Elle s'occupait du reste avec ardeur à ses études, et passait pour une des meilleures élèves de sa classe.

Au mois de juin 1889, après une verte réprimande de son père, elle est prise d'un hoquet violent qui dure 15 jours et ne cesse que la nuit. Après ce laps de temps, le hoquet s'arrête brusquement. Le 20 septembre de la même année, la malade à la suite d'une crise d'hystérie, voit son hoquet revenir. Elle a 10 ou 12 accès dans la journée et chacun dure 5 minutes environ. Depuis cette époque, elle est secouée par des accès de hoquet et de crises convulsives pendant un mois ou deux, puis elle reste deux ou trois mois dans le calme parfait. Puis le hoquet revient, cesse, pour revenir de nouveau.

Au mois de septembre dernier, ses parents la voyant s'amaigrir et s'amincir lui firent prendre du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina. Le résultat de cette thérapeutique empirique fut négatif.

Après une petite contrariété, le 20 avril, la malade est prise en se couchant, d'un violent accès de hoquet durant un quart d'heure et se terminant par un point de côté très douloureux. C'est ce qui la détermine à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Examinée à ce moment, Henriette est pâle, fatiguée et tourmentée par un hoquet survenant par quintes et affectant un rythme régulier. Ce hoquet se produit au début des inspirations. Il est causé par une secousse brusque, convulsive, des muscles inspireurs. Au moment où il a lieu, la bouche se ferme, les narines se rapprochent, la tête fait un petit mouvement de projection en haut et en avant, les épaules s'élèvent, la poitrine se dilate et le bruit se produit. L'inspiration ne présente rien d'anormal. Le spasme se reproduit d'ordinaire de sept à neuf fois par minute, mais sa fréquence est très variable, car elle subit de notables modifications en plus ou en moins, sous l'influence de circonstances incidentes assez nombreuses.

C'est ainsi que quand la malade lit mentalement, lorsqu'elle fixe son regard sur un travail manuel ou intellectuel, lorsqu'elle est distraité par une conversation agréable, le spasme devient à la fois moins fort et moins fréquent.

Il devient au contraire, plus rapide et plus bruyant après le repas, quand la malade est triste, quand elle se sent observée, quand elle est émue ou contrariée, etc. Enfin, il cesse complètement pendant le sommeil, la marche, la lecture à haute voix.

Ajoutons à cela l'abolition complète du reflexe pharyngien, les fréquentes attaques convulsives, un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels.

La palpation du ventre dans les intervalles des accès, et l'exploration régulière du cœur et des poumons ne permettent de

découvrir aucune altération organique appréciable des grands viscères abdominaux.

Dès le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade est soumise à un traitement hydrothérapique régulier. En outre, on lui fait des applications de courants faradiques sur le creux épigastrique et quelques lavages de l'estomac avant l'ingestion des aliments. Malgré le traitement, elle eut pendant deux mois et tous les jours de légers accès de hoquet.

A la fin de mai la menstruation s'établit chez elle et depuis cette époque, elle n'est pas secouée par le spasme. Il y a un mois elle partait chez elle bien portante.

OBSERVATION III

*Publiée par le Dr E. Weil de Lyon. Archives de neurologie,
Paris, 92, tome 23*

Lamb. 28 ans, lingère, célibataire, hôpital St-Pothin, salle Sainte-Marthe. Entrée le 6 juin 1891. Antécédents héréditaires. Père mort aliéné dans un asile de Lausanne. Mère morte à 47 ans d'une tuberculose pulmonaire, n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Un frère mort à un an de convulsions. Trois sœurs ayant une santé délicate, mais sans signes de nervosisme.

Antécédents personnels. Rougeole dans l'enfance. Réglée à 17 ans, irrégulièrement avec leucorrhée intermittente. A été élevée dans un orphelinat, n'a subi ni privations ni fatigues. S'est bien portée jusqu'à l'âge de 21 ans malgré les chagrins et les privations continues. A 21 ans, elle contracte la variole, et pendant la convalescence de celle-ci fut prise d'un hoquet convulsif, bigéminé, procédant par deux secousses convulsives, accompagnées d'une sensation de gêne au cou et à la partie supérieure du

sternum. Ce hoquet revenait régulièrement toutes les 5 ou 10 minutes.

Il persista pendant trois ans sans s'accompagner d'aucune autre manifestation nerveuse. Cela résulte de notes que m'a obligeamment remises mon collègue M. Carrler qui eut l'occasion de l'observer à cette époque. Certaines influences cependant le suspendaient momentanément, l'application d'un courant faradique, un pôle au cou, l'autre à la région épigastrique, la compression d'un des ovaires qui présentait d'ailleurs de l'ovarie et les injections de morphine.

Au bout de trois ans, le hoquet disparut et de 24 à 27 ans, Lamb... complètement guérie séjourna dans un autre orphelinat où sa santé fut assez bonne.

Au mois d'avril 1891, elle prend une fièvre typhoïde et dans la convalescence de celle-ci, on vit éclater deux catégories d'accidents : 1° des crises d'hystérie convulsive au nombre de trois en l'espace d'un mois avec conservation de la connaissance. Ce sont les seules qu'elle ait jamais présentées. 2° des accès de hoquet bruyant, analogues à celui qu'elle avait eu antérieurement, s'en distinguant cependant par ce fait que les accès au lieu de comprendre 2 secousses comprenaient de 20 à 100 secousses, et qu'au lieu de revenir régulièrement toutes les 5 ou 6 minutes, ils ne se montraient que 4 à 5 fois par jour ; de plus le hoquet s'accompagnait de mouvements convulsifs synchrones affectant le même rythme des deux membres supérieurs.

OBSERVATION IV (PUBLIÉE PAR M. PITRES DE BORDEAUX)

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme p. 340

Victorine G..., blanchisseuse, âgée de 18 ans, est entrée à l'hôpital pour un hoquet incoercible de nature hystérique.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais ; son père est alcoolique ; sa mère est d'un caractère violent et emporté ; la moindre contrariété leur donne des colères terribles et des accès de sanglots.

Dès son bas âge, Victorine a été sujette à des attaques synco-pales avec contracture des mâchoires. Ces attaques qui survenaient à la suite de chagrins ou de réprimandes étaient de courte durée.

Deux fois cependant (à 6 ans et à 10 ans), elles se prolongèrent pendant une heure environ. La menstruation s'est établie sans accidents à 14 ans, et depuis cette époque, elle a toujours été régulière.

Vers le milieu de 1885, Victorine P..., se fiança à un jeune homme qu'elle aimait beaucoup. Le 12 septembre, elle eut avec lui une quefelle suivie de rupture. Elle fut très peinée de cet évènement, mais elle chercha et réussit à cacher son chagrin.

Le 15 septembre, une heure après son déjeuner, elle fut prise d'un hoquet violent qui dura sans interruption pendant une semaine. Il était si intense que la malade ne pouvait se livrer à aucun travail et qu'il lui était impossible de s'endormir. Après 8 heures de souffrances, ses parents firent appeler un médecin. Celui-ci donna une potion calmante, du sirop d'éther et du bromure de potassium. Le hoquet disparut et Victorine reprit sa vie ordinaire.

Quelques semaines après, 2 octobre, elle eut ses règles. Dès le début de l'époque menstruelle le hoquet reparut et, malgré l'emploi de la potion qui avait été précédemment si efficace, il persista pendant ces 4 jours que dura le flux menstruel.

Quatre mois après, il survint encore en même temps que les règles (9 novembre) mais cette fois, il ne disparut pas avec elles : la malade n'en fut débarrassée qu'à la fin du mois, après des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique. Il était du reste

moins violent qu'au mois de septembre, il s'atténuait notamment à certaines heures de la journée, et, il cessait complètement pendant la nuit.

Le 8 décembre, troisième rechute, traitée avec succès par les pulvérisations d'éther.

Le 10 janvier 1886, toujours au moment de l'apparition des règles 4^e retour offensif de la maladie.

Cette fois on employa sans succès les potions antispasmodiques, les pulvérisations d'éther, les cautérisations ponctuées sur la région épigastrique, etc., le hoquet persista en dépit de toutes les tentatives dirigées contre lui.

C'est alors que Victorine P... entra la première fois dans notre service, où elle fut traitée pendant 5 mois par l'hydrothérapie l'électrisation statique, la faradisation de l'épigastre, etc.

Quand elle nous quitta, en juillet 1886, elle était tellement améliorée qu'elle put rentrer tout de suite dans son atelier et y travailler jusqu'à ces derniers jours où, à la suite d'une querelle avec sa mère, le hoquet est revenu assez fort pour constituer une incommodité des plus sérieuse. En même temps, elle a quelques attaques convulsives légères qui n'ont modifié en rien le spasme rythmique inspiratoire dont elle souffre plus ou moins depuis 18 mois.

Je vous dirai tout de suite pour n'avoir plus à y revenir que Victorine P. ., appartient au groupe des hystériques dont les stigmates sensitivo-sensuels, sont réduits à leur plus simple expression. Sa peau est partout normalement sensible. Sur ses muqueuses, on ne trouve nulle part d'anesthésie complète, il existe seulement un peu d'hypoesthésie de la paroi postérieure du pharynx et de diminution des réflexes succédant à l'excitation de l'arrière-gorge.

Les perceptions sensorielles sont normales ; toutefois, l'exploration campimétrique des yeux révèle un rétrécissement concentrique marqué des 2 champs visuels.

Etudions maintenant les caractères du hoquet de notre malade. Ce hoquet n'est pas continu, Il survient sous forme d'accès succédant habituellement à l'ingestion des aliments et durant de 2 à 4 heures suivant la quantité de substances ingérées. Il cesse complètement pendant la nuit. Au réveil, la malade n'éprouve aucun malaise, elle se lève, s'habille, fait son lit sans ressentir le moindre spasme du diaphragme.

L'heure du déjeuner arrive ; elle boit une tasse de lait et aussitôt après elle commence à ressentir une pesanteur douloureuse à l'épigastre et à être incommodée par les secousses convulsives de hoquet. Ce premier accès dure deux heures environ. Quand il est terminé, l'heure du repas suivant approche ; Victorine mange avec appétit mais elle en est punie par un deuxième accès de hoquet qui persiste pendant 4 heures. Un troisième accès d'une durée à peu près égale à celle du deuxième, survient invariablement après le diner, de telle sorte que sur les 24 heures de la journée, la malade en passe 10 à dormir et 10 à souffrir du hoquet.

Les accès débutent en général quelques minutes seulement après le repas, ils s'annoncent par une sensation de pesanteur épigastrique accompagnée d'envies de vomir, mais jamais il n'y a de nausées véritables, ni de vomissements. Puis, tout à coup, la secousse brusque des muscles inspiratoires qui caractérise le hoquet, se produit. A partir de ce moment toutes les inspirations ont lieu convulsivement et s'accompagnent du bruit particulier qui se fait entendre dans tous les cas de hoquet un peu violent. Le ventre est alors ballonné, sonore à la percussion, manifeste-

ment distendu par des gaz. La malade est abattue, fatiguée, incapable d'aucun travail physique et d'aucune application intellectuelle.

Les changements de position du corps, la marche, la faradisation épigastrique, la compression des différentes régions de la paroi abdominale et de la colonne vertébrale ne modifient pas le rythme monotone et régulier du hoquet.

Le lavage de l'estomac pratiqué avant l'ingestion des aliments a paru atténuer pendant quelques jours la durée des accès.

OBSERVATION V (INÉDITE)

Recueillie dans le service de M. Netter, à Cochin.

Hoquet hystérique chez un homme de 23 ans.

Jean-Baptiste P..., âgé de 23 ans, peintre décorateur, entre le 8 avril 1892 à Cochin, salle Trousseau, lit n° 13.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant, nerveux, colère, pas de crise, 56 ans. Mère morte de poitrine, restée 3 ans malade. Un frère vivant, faible de constitution, a été réformé. Deux sœurs mortes en bas âge ; une du croup, l'autre d'angine. Une sœur vivante, semble triste, pleure parfois sans motif.

Côté paternel. Un frère violent, emporté, fort alcoolique. Une sœur a eu le hoquet pendant longtemps à la suite d'une peur, est actuellement atteinte d'affection cérébrale : hallucinations, perte de mémoire, colère, fantasque, un fils nerveux.

Côté maternel. Deux frères et deux sœurs, tous morts phtysiques.

Antécédents personnels. -- A 6 ans, convulsions. Depuis cette époque, crises de nerfs fréquentes. Le malade pousse un cri,

tombe sans connaissance, et est agité de convulsions cloniques, puis souvent mais non toujours, est pris d'un sommeil profond.

En 1889, entre à l'Hôtel-Dieu pour une bronchite. A ce moment filets de sang dans les crachats, crachats verdâtres, reste 8 mois à l'hôpital et en sort très amélioré.

L'hiver 1891-92, entre à la Pitié pour de la bronchite et des phénomènes gastriques. Abdomen dur et ballonné, vomissements.

Depuis le mois de février 1890, à la suite d'une peur, le malade est atteint d'un hoquet qui ne le quitte ni le jour ni la nuit. A cette époque, le hoquet était au dire du malade très fréquent et se montrait environ à toutes les respirations. Dure 3 ou 4 mois. L'électricité l'aurait fait disparaître.

Pendant le séjour du malade à la Pitié, le hoquet reparait sans cause appréciable, dure deux mois et l'électrisation en a de nouveau raison.

En mars, subitement le hoquet revient. Actuellement, le malade est en proie à ce hoquet pendant toute la journée. Il se reproduit en moyenne à toutes les 3 respirations. Quand le malade dort, le hoquet disparaît. Insensibilité absolue au contact et à la chaleur. Aux membres inférieurs, cette anesthésie remonte en botte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Les membres inférieurs et y compris le moignon de l'épaule sont anesthésiés.

Au tronc la sensibilité est conservée. Zones ovariques, sensibles ; réflexe pharyngien conservé ; rétrécissement très prononcé du champ visuel ; rêves nocturnes ; boule hystérique. Poumons. Le malade tousse continuellement. La percussion montre dans toute l'étendue de la poitrine une sonorité normale.

L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire considérablement affaibli. ce qui rend l'auscultation très difficile. Pas de râles appréciables. Au sommet droit, respiration un peu rude.

L'expectoration est abondante, formée [de crachats muqueux, quelques-uns sont verdâtres. On lui administre 4 grammes de bromure de potassium.

Le 10 avril, on essaie la compression du phrénique entre les deux scalènes. La compression est douloureuse ; la fréquence des accès est beaucoup moindre. Le malade n'a plus le hoquet que toutes les 16, 18 respirations, mais on n'arrive pas à le faire disparaître complètement.

Le 11 avril, nouvel accès, compression de nouveau du phrénique, amélioration.

Le 13 avril, le malade en se promenant dans le jardin de l'hôpital, tombe subitement à terre sans connaissance. Ses camarades le remontèrent à son lit ainsi plongé dans un profond sommeil. Impossible de savoir le caractère de cette attaque, personne ne l'ayant observée.

Le 18 avril, pas de nouvelle attaque et le hoquet, malgré le bromure persiste avec la même intensité.

Le 20, on met de la glace au creux épigastrique pendant une heure et demie le matin et le hoquet disparaît pendant 5 heures.

21 avril. — Deux séances de glace sur l'estomac et chaque séance est suivie d'une suspension du hoquet durant 4 à 5 heures.

25 avril. — Le même traitement a été fait pendant tous ces jours et le malade n'a plus que quelques rares hoquets dans la journée.

27 avril. — Pas de hoquet, glace est continuée deux séances.

29 avril. — Crise nerveuse à 7 heures du soir de cinq minutes de durée. Le hoquet a complètement disparu et la glace est supprimée.

30 avril. — La toux du malade devient très fréquente, expectoration très abondante d'une matière franchement purulente, en véritable purée. L'auscultation révèle aux poumons des râles fins disséminés avec des râles sibilants dans les grosses bronches ; rien de net au sommet.

1^{er} mai. — L'expectoration a perdu ses caractères purulents et est devenu très muqueuse. Le malade, très affaibli ne semble offrir aucune résistance.

Pas de nouveau phénomène du côté des poumons.

3 mai. — Etat général très grave. On lui administre une potion de Todd et du rhum. Toujours les mêmes râles fins.

4 mai. — Nous trouvons le matin notre malade dans le coma complet. Il ne répond pas aux questions, pouls irrégulier, battements du cœur irréguliers et affaiblis, respiration difficile. Injection d'éther.

Mort à trois heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve une bronchopneumonie double avec noyaux extrêmement nombreux dans les deux poumons.

Le phrénique et le pneumogastrique semblent normaux à la vue. On ne trouve rien qui puisse faire penser à de la compression pas plus qu'à leur irritation. La plèvre au contact du phrénique gauche est normale.

Rien non plus du côté du diaphragme.

Cerveau. — Adhérence assez intime des méninges à la surface du cerveau sur les deux lobes frontaux. La pie-mère se détache au contraire facilement à partir de la frontale ascendante jusqu'aux lobes occipitaux. Pas de lésion localisée.

CONCLUSIONS

I. — Le hoquet peut se voir dans le cours de l'hystérie au même titre que la toux, le baillement, comme signe d'hystérie locale.

II. — Il éclate au milieu de l'intégrité des fonctions respiratoires, peut être continu et ne laisser aucun moment de repos aux malades, mais le plus souvent, il procède par quintes. Ces accès intermittents et inégaux sont quelquefois très réguliers dans leur retour. Ils affectent constamment le même rythme et le même timbre, cessent généralement quand le malade est endormi, mais cette action suspensive du sommeil n'est pas constante. (Obs. 1)

III. — Le hoquet hystérique se montre généralement chez un sujet prédisposé et reconnaît comme causes principales, les émotions, le traumatisme et l'imitation.

IV. — C'est une affection chronique qui a une prédilection marquée pour la jeunesse, et en particulier, les jeunes filles ; mais, on peut la voir également chez l'homme. (Obs. 3)

V. — Le spasme inspiratoire rythmique que nous étudions apparaît le plus souvent chez des malades qui

présentent quelques manifestations hystériques, mais il peut survenir d'emblée indépendamment de tout autre stigmate de la névrose. (Obs. 1)

VI. — C'est une maladie plus effrayante que dangereuse.

VII. — Le traitement ne semble pas avoir une grande action sur lui. Des remèdes sans nombre ont été tour à tour proposés pour le combattre. Ceux qui paraissent avoir donné le meilleur résultat sont l'hydrothérapie, l'électricité et le lavage de l'estomac. Il a une tendance à guérir avec le temps. Souvent enfin il guérit d'une manière prompte et imprévue

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : le Président de la Thèse,
POTAIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AVEZOU. — In thèse Lathould.
- BRACHET. — Traité de l'hystérie, 1857.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie, 1859, p. 317.
- CHARCOT. — Leçon du 22 mars 1886, in Sem-Méol du
du 15 septembre 1886.
- Archives de Neurologie de janvier 1892.
- GAMBERINI. — Gaz. Méd. Paris 1838.
- HUCHARD. — Traité des névroses d'Anenfeld 1883, p.
1086.
- LANDOURY (de Reims). — Traité complet de l'hystérie
1846, p. 54-56-60.
- LASÈQUE. — Arch. Gén. de Méd. mai 1864, vol. 1. p. 513.
— Etudes médicales. Tome II. p. 1.
- LATHOULD. — Contribution à l'étude des spasmes trauma-
tiques. — Thèse de Paris, 1880, p. 27.
- LEGRAND DE SAULE. — Les Hystériques, p. 122.
- PIERQUIN. — Journal le Progrès, t. XVIII, p. 208.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme,
1871, p. 340.
- ROULIN. — Traité des affections vaporeuses du sexe, 1858,
p. 118.
- SYDENHAM. — Lettre sur l'affection hystérique, traduite
par Janet (Montpellier 1816, tome II, p. 70.
- WEIL. — Archives de Neurologie, t. XXIII, Paris. 1892,
-

